

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. N° 110

LA MÉNINGITE SYPHILITIQUE

CHEZ LE NOURRISSON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Février 1920

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

PAR

Lucie COMTE

née à Saint-Etienne, le 6 Octobre 1893



SAINT-ÉTIENNE

Société Anonyme de l'Imprimerie et du Journal "LA TRIBUNE"

10, Place Jean-Jaurès 10

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE BARD TIXIER BERARD FABRE ROLLET NICOLAS LEPINE (J.) WEILL POLLOSSON (A.) CLUZET HUGOUNENQ MOREL MOREAU GUIART X.... POLICARD DOYON COLLET MOURIQUAND PAVIOT POLLOSSON (M.) ARLOING ETIENNE MARTIN COURMONT PIC FLORENCE
Clinique obstétricale et Accouchements.....		
Clinique ophtalmologique.....		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....		
Clinique des maladies des enfants.....		
Clinique des maladies des femmes.....		
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		
Chimie biologique.....		
Chimie organique et Toxicologie.....		
Matière médicale et Botanique.....		
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		
Anatomie.....		
Anatomie générale et Histologie.....		
Physiologie.....		
Pathologie interne.....		
Pathologie et Thérapeutiques générales.....		
Anatomie pathologique.....		
Médecine opératoire.....		
Médecine expérimentale et comparée.....		
Médecine légale.....		
Hygiène.....		
Thérapeutique.....		
Pharmacologie.....		

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe.....	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL	agréé
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements.....	COMMANDEUR.	—
Embryologie.....	LATARJET.	—
Anatomie topographique.....	PATEL.	—
Botanique.....	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.	—
Clinique infantile.....	X.....	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.....	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	GUILLEMARD	COTTE
COMMANDEUR	BRETIN	GARIN	DUROUX
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR.
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	chargé des fonctions.
VORON	TAVERNIER	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT id.
NOGIER	CADE	PIERY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, Président ; PIC, Assesseur ; FROMENT et THEVENOT LUCIEN, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

LA MÉNINGITE SYPHILITIQUE

CHEZ LE NOURRISSON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553213_0052

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. N^o 110

LA MÉNINGITE SYPHILITIQUE

CHEZ LE NOURRISSON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Février 1920

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

PAR

Lucie COMTE

née à Saint-Etienne, le 6 Octobre 1893



SAINT-ÉTIENNE

Société Anonyme de l'Imprimerie et du Journal "LA TRIBUNE"

10, Place Jean-Jaurès 40

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE
		BARD
Clinique obstétricale et Accouchements.....	{	TIXIER
Clinique ophtalmologique.....		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FABRE
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....		ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....		NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....		LEPINE (J.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		WEILL
Chimie biologique.....		POLLOSSON (A.)
Chimie organique et Toxicologie.....		CLUZET
Matière médicale et Botanique.....		HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		MOREL
Anatomie.....		MOREAU
Anatomie générale et Histologie.....		GUIART
Physiologie.....		X.....
Pathologie interne.....		POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales.....		DOYON
Anatomie pathologique.....		COLLET
Médecine opératoire.....		MOURIQUAND
Médecine expérimentale et comparée.....		PAVIOT
Médecine légale.....		POLLOSSON (M.)
Hygiène.....		ARLONG
Thérapeutique.....		ETIENNE MARTIN
Pharmacologie.....		COURMONT
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL	agrége
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Embryologie	LATARJET	—
Anatomie topographique	PATEL	—
Botanique	BRETIN	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	X.....	—
Déontologie et médecine professionnelle	X.....	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	GUILLEMARD	COTTE
COMMANDEUR	BRETIN	GARIN	DUROUX
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	chargé des fonctions.
VORON	TAVERNIER	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT id.
NOGIER	CADE	PIERY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, Président ; PIC, Assesseur ; FROMENT et THEVENOT LUCIEN, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

LA MÉNINGITE SYPHILITIQUE

CHEZ LE NOURRISSON

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas de méningite syphilitique chez les nourrissons pendant l'année que nous avons passée à la Clinique Infantile de Lyon, il nous semble intéressant d'en faire l'objet de cette thèse.

M. le Prof. Weill nous a suggéré l'idée de ce travail. Nous l'en remercions bien vivement ainsi que de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et plus particulièrement pendant l'année que nous avons passée dans son service où nous avons pu largement profiter de son enseignement si vivant et si clinique.

Que nos maîtres dans les hôpitaux de Lyon et de Saint-Etienne veuillent bien agréer nos remerciements pour le bienveillant accueil qu'ils nous ont fait dans leur service. Nous gardons un excellent souvenir des semestres passés auprès d'eux comme hypo, stagiaire, puis en remplacement de nos camarades externes et internes des hôpitaux, appelés par leurs devoirs militaires loin de

leur service, et à qui nous sommes heureuses de rendre hommage. Qu'il nous soit permis de dédier ce travail à la mémoire de ceux d'entre eux tombés au champ d'honneur.

HISTORIQUE

La méningite syphilitique du nourrisson a été niée pendant longtemps.

Quelques cas de méningites chroniques de l'enfant, non tuberculeuses, avaient été signalés avant 1890 ; Gubler en 1847, Charrier en 1854, Trémeau de Rochebrune en 1874, Dreyfous, en 1883, en rapportent quelques cas. Mais la nature en était discutée, et ce n'est guère qu'avec Fournier en 1890, qu'on les admet comme manifestation de la syphilis héréditaire.

Fournier attire en effet l'attention sur ce fait : La syphilis héréditaire peut provoquer un syndrome semblable à celui de la méningite tuberculeuse, qui en diffère pourtant par certains points ; le diagnostic est impossible dans beaucoup de cas ; il est bon pourtant, dit-il, de soumettre toujours au traitement iodo-mercurique un enfant qui présente les signes de méningite tuberculeuse, dans l'espoir d'ailleurs bien rarement réalisé qu'il s'agit d'accidents syphilitiques.

Depuis, un certain nombre d'auteurs ont apporté des observations de méningites spécifiques des nourrissons,

et il semble actuellement que l'existence de cette entité morbide soit hors de doute.

Il nous paraît intéressant de rapporter ici quelques cas semblables, pour lesquels le diagnostic nous a paru difficile, le traitement spécifique appliqué à temps efficace, et dont nous avons pu suivre l'évolution.

ÉTIOLOGIE

Le système nerveux des heredo-syphilitiques est tout particulièrement sensible, et bien rares sont les cas où on ne trouve pas une atteinte, si légère soit-elle, du cerveau ou des méninges.

Depuis la simple céphalée jusqu'à l'idiotie et l'imbécillité, en passant par les états convulsifs et les réactions méningées plus ou moins marquées, on trouve cliniquement tous ces états pathologiques. Ceux que nous voulons étudier sont les états méningés très variables dans leurs formes puisqu'ils vont de la forme aiguë entraînant la mort rapide, au simple passage de quelques lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien avec le minimum de signes cliniques.

La syphilis est parfois difficile à prouver chez les parents, soit qu'ils ne veuillent pas l'avouer, soit qu'elle ait passé inaperçue et ne se révèle par aucun signe net. Mais, d'une part, les stigmates d'heredo-syphilis qu'on

peut découvrir dans la plupart des cas, et, d'autre part, le succès du traitement spécifique permettent d'affirmer l'étiologie.

Dans certains cas il serait intéressant de savoir s'il s'agit de syphilis héréditaire ou acquise. Pour notre part, nous n'avons pu observer que des enfants nourris par leur mère, et qui n'avaient jamais présenté d'accident primitif, ce qui nous permet de croire à une syphilis héréditaire.

Ces réactions méningées traduisent-elles des accidents secondaires ou tertiaires. On admet que l'on a à faire à des accidents tertiaires, car ils ne se déclarent guère avant le 3^{me} mois. Avant 3 mois s'il arrive qu'on observe des réactions méningées de nature syphilitique, elles ne font qu'accompagner des symptômes plus graves traduisant une imprégnation générale. On est en présence d'une véritable infection généralisée qui tue par septicémie.

Peut-on déterminer dans quelles conditions un enfant atteint de syphilis héréditaire présentera plutôt qu'un autre des manifestations cérébrales ou méningées de sa diathèse. On pourrait citer toutes les causes invoquées dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse : sevrage prématuré, rougeole, coqueluche, typhoïde, dentition, traumatisme. Mais, à coup sûr, l'hérédité nerveuse et l'alcoolisme créent une prédisposition aux localisations syphilitiques dans les centres nerveux.

SYMPTOMES

Dans tous les cas que nous avons pu observer les symptômes diffèrent peu de ceux de la méningite tuberculeuse. Il existe pourtant quelques particularités qui permettent, si on est averti, de pressentir la nature de l'affection.

Dans la forme aiguë, l'enfant présente depuis quelques jours un changement d'humeur, il crie facilement surtout la nuit, vomit quelques fois. Puis brusquement apparaissent des convulsions quelques fois généralisées, se limitant parfois à de simples mouvements involontaires d'un segment de membre, de quelques muscles du visage. Les crises convulsives se multiplient, la tête se rejette en arrière, la nuque se raidit, le kernig apparaît. La fontanelle antérieure est tendue, soulevée, les veines du crâne apparentes. Les cris deviennent peu à peu continus, ce sont des cris de souffrance, s'exacerbant lorsqu'on examine l'enfant qui présente fréquemment de l'hypéresthésie des membres. Il refuse le sein, et dépérit peu à peu, sans toutefois présenter de grands vomissements.

La température est le plus souvent normale. Elle s'élève pourtant parfois, elle est du type rémittent, atteignant et même dépassant 39 le soir.

On n'observe ni ralentissement du pouls, ni irrégularités respiratoires.

Cette forme se termine fréquemment par la mort, soit dans une crise convulsive, soit dans une syncope, même

lorsque le traitement spécifique a été institué précocement.

Il est difficile de différencier cette forme de la méningite tuberculeuse : même aspect du petit malade, même évolution ; et il serait presque impossible de classer ces malades dans le cadre qui nous occupe, si quelques particularités cliniques sur lesquelles M. le Prof. Weill a attiré notre attention, quelques différences dans l'examen du liquide céphalo-rachidien, et les lésions trouvées à l'autopsie dans les cas qui se sont terminés fatalement ne nous y autorisaient.

A côté de cette forme aiguë et souvent mortelle, nous avons observé plus fréquemment une forme chronique, à évolution plus insidieuse, à manifestations moins violentes, et n'entraînant pas fatalement la mort, même abandonnée à elle-même, à plus forte raison traitée à temps.

Ici l'état général est moins touché, l'enfant s'alimente bien et vomit très peu. Les crises convulsives sont moins fréquentes, moins violentes, et la température ne s'élève guère qu'à la suite d'une de ces crises. Ce qui caractérise le petit malade c'est la raideur de la nuque, le kernig, parfois le strabisme, moins fréquent pourtant que dans la méningite bacillaire, l'existence de la raie méningitique, de l'hypéresthésie avec cris fréquents. On note encore ici l'hypertension de la fontanelle, et la saillie des veines du crâne.

Le malade peut rester longtemps dans cet état, les crises convulsives alternant avec des périodes relativement bonnes pendant lesquelles il s'alimente.

Le traitement mercuriel agit vite et bien. Très rapide-

ment et presque toujours en premier lieu disparaissent les cris. Les crises convulsives s'espacent, la raideur diminue et les vomissements cessent. L'enfant qui restait stationnaire ou dépérissait se remet à prendre du poids, il semble guéri. Mais si on suspend le traitement, les cris reparaissent, l'équilibre se rompt, la guérison n'était pas complète et demande de longs mois pour être définitive.

Enfin existent des états méningés frustes, à symptomatologie réduite au minimum, des formes larvées, qui pourtant relèvent bien de la même origine, comme le prouvent leur transformation fréquente en formes plus graves, et l'efficacité du traitement spécifique lorsqu'on songe à l'appliquer.

Un peu d'hypéresthésie, des cris fréquents la nuit, quelques rares mouvements convulsifs des muscles du visage ou des yeux, voilà tout ce qui attire l'attention sur ces petits malades.

Dans tous les cas, dans les formes aiguës comme dans les formes frustes, l'importance des signes méningés impose une ponction lombaire. L'examen du liquide nous fournit des renseignements très intéressants.

On note tout d'abord de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien qui jaillit parfois à plus de 50 centimètres lorsque l'aiguille pénètre dans le canal. Il est clair, quelquefois un peu teinté de sang.

Les réactions chimiques sont presque nulles. Tous les liquides céphalo-rachidiens que nous avons fait examiner au Laboratoire de Lyon ont présenté une très légère hyperalbuminose, le plus souvent une albuminose normale.

L'examen cytologique est très important et mérite qu'on s'y arrête.

Dans tous les cas que nous avons observés, sauf dans les observations IV et IX, nous avons trouvé une lymphocytose nette. Mais, et c'est ce qui est intéressant, cette lymphocytose n'est presque jamais très abondante et très rarement pure. On n'a presque jamais à faire comme dans les méningites tuberculeuses, à ces liquides dans lesquels les lymphocytes sont en énorme abondance et existent presque seuls à l'exclusion de tout autre leucocyte, mais à des lymphocytoses discrètes, et non exclusives. A côté des lymphocytes on trouve des grands mononucléaires, quelques polynucléaires, ce qui ne s'observe pas dans les méningites tuberculeuses.

L'importance de l'examen cytologique est donc très grande. Il permet tout d'abord d'affirmer l'existence d'une réaction ménigée ; il fournit, de plus, des éléments de diagnostic étiologique de grande valeur.

DIAGNOSTIC

Il faut tout d'abord ne pas prendre pour une ménigite, des convulsions fonctionnelles, mode de réaction très fréquent chez le nourrisson. Mais la présence de l'infection causale, dermatose, gastro-entérite, état infectieux ; l'intégrité de l'état général ; l'absence d'autres signes ménigés, permettent d'éviter cette erreur.

La tétanie à forme de pseudo-tétanos signalée par MM. Tschernich et Gunion peut en imposer pour une méningite. Mais ici l'aspect caractéristique de la physiologie, l'absence de fièvre et d'hypertension de la fontanelle, feront faire le diagnostic.

Le sclerème généralisé, l'urémie, l'hémorragie cérébrale sont susceptibles de produire des symptômes analogues.

Mais ce sont des cas rares qui s'accompagnent de signes propres permettant de les reconnaître.

Les méningites suppurées à coli-bacilles pneumococques, streptococques, évoluent très rapidement, avec température élevée et signes d'infection généralisée. La ponction lombaire lève d'ailleurs les doutes en donnant un liquide plus ou moins louche, parfois nettement purulent dans lequel on retrouve ces microbes.

Le diagnostic difficile est celui de la méningite tuberculeuse, comme nous l'avons dit. Voyons comment on peut le faire.

Les particularités cliniques qui nous semblent devoir attirer l'attention sans toutefois permettre d'affirmer la nature de la lésion sont les suivantes :

Le cri. — Il n'est pas le même que celui de la méningite tuberculeuse et que tous les médecins connaissent bien. C'est un cri aigu, non rythmique, un cri de souffrance, plus fréquent la nuit, semblant révéler une céphalée nocturne, souvent réveillé si on examine l'enfant.

C'est ensuite l'hypéresthésie, bien rare dans la méningite bacillaire, si fréquente dans les méningites syphilitiques. Un léger pincement de la peau, le frottement avec un objet moussé suffisent à amener le retrait brusque du

membre et à provoquer les cris. Cette hypéresthésie a ceci de particulier qu'elle est souvent limitée à une moitié du corps.

La fièvre est aussi moins fréquente dans la méningite spécifique, sauf dans les cas aigus et rapidement mortels où le diagnostic a d'ailleurs moins d'importance. D'une façon générale, elle évolue sans fièvre, ce qui est rare dans la méningite tuberculeuse.

On observe aussi bien rarement les signes sur lesquels les auteurs classiques insistent : variabilité du pouls, irrégularités respiratoires, rétraction de l'abdomen, alternatives de rougeur ou de pâleur : la raideur est en général moins accentuée, le kernig moins fréquent.

Enfin, comme nous l'avons dit à propos de l'examen du liquide céphalo-rachidien, une albuminose normale dans un liquide où on trouve une lymphocytose peu abondante et non exclusive, doit attirer l'attention du côté de la syphilis.

La Réaction de Wassermann ne nous a pas donné les résultats que l'on serait en droit d'attendre.

Bar et Daunay prétendent que sa valeur est médiocre chez le nouveau-né. Dans tous les cas que nous avons pu observer et où nous avons pu faire faire la réaction de Wassermann, une seule fois elle a été positive (observation I). Toutes les autres ont été négatives.

Une autre réaction nous semble devoir donner de bons renseignements en permettant d'éliminer la tuberculose qui rend seule le diagnostic difficile, c'est la cuti-réaction. Chez le nourrisson, cette réaction a une grosse valeur et lorsqu'elle est négative, on peut presque assurer que le petit malade n'est pas tuberculeux. Par contre, si elle

est positive, il ne faudra pas se hâter d'éliminer la syphilis, les deux affections pouvant fort bien coexister chez le même sujet.

Enfin, les antécédents du petit malade et les stigmates d'hérédo-syphilis qu'on pourra observer chez lui, apporteront des grandes probabilités dans le diagnostic : existence d'une syphilis avouée chez les parents, d'accidents secondaires ou tertiaires, la notion de fausses couches successives chez la mère, d'enfants morts en bas âge, l'hypertrophie du foie et surtout de la rate chez le petit malade, le nez en lorgnette, le front olympien, le pemphigus du premier âge, les rhagades, la teinte cuivrée des téguments, le coryza muco-purulent, sont autant de signes permettant d'éclairer le diagnostic.

En résumé, le diagnostic est malaisé, car aucun des signes énumérés ne constitue un élément de certitude ; on n'arrive qu'à une probabilité plus ou moins grande ; mais on doit rechercher avec soin ces différents signes de façon à instituer précocement un traitement qui sera d'autant plus efficace qu'on aura moins attendu pour l'appliquer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions observées et décrites sont les suivantes :

Cruveilhier : Autopsie d'un nouveau-né : Dure-mère infiltrée de pus au niveau des voûtes orbitaires du frontal.

Charrier : *Gazette des Hôpitaux*, 1854 : Grandes taches purulentes à l'intérieur du crâne entre la dure-mère et l'os.

Trémeau de Rochebrune, Th. Paris, 1874. Enfant mort dans les premiers jours de la vie d'accidents syphilitiques : congestion des méninges et du cerveau, avec foyers jaunâtres de la grosseur d'une tête d'épingle dans le tissu cérébral.

Jurgens, Th. Paris : 1° chez un enfant de 3 jours, on trouve à l'autopsie une pachyméningite très légère avec arachnite fibreuse chronique des enveloppes de la moelle. Dans la substance médulaire on ne trouva pas de lésions bien déterminées, tandis que dans le cerveau il y avait de l'opacité des méninges molles, des foyers de ramollissement ;

2° Enfant mort-né, long de 45 centim. Il y avait autour du chiasma un fort épaissement se prolongeant sur les méninges de la moelle avec une hypertrophie de la dure-mère. La pachyméningite fibreuse était surtout marquée au niveau de la région cervicale.

Hutinel : Epaissement localisé des méninges molles, infiltration gommeuse péri-artérielle, parfois à caractère hémorragique (Heubner) siégeant surtout à la base.

Ravant, Dupré et Pouselle (Société Médicale des Hôpitaux, 12/1/06-13/12/07) se sont occupés de cette question : A l'autopsie d'un nouveau-né hérédosyphilitique qui pendant la vie avait présenté des réactions méningées très nettes, ces auteurs constatèrent l'existence de lésions inflammatoires multiples : au niveau du cortex épaissement léger de la pie-mère. Au niveau de la base, dans la région du chiasma, apparaissait un exsudat sero-

fibrineux recouvrant comme une toile d'araignée les nerfs et les vaisseaux de cette région. Des coupes pratiquées en cette région permirent de découvrir la présence de nombreux spirochetes dans l'intérieur des vaisseaux, dans leurs parois, et surtout dans l'exsudat péri-vasculaire constitué par un reticulum fibrineux infiltré de mono-nucléaires.

Dans les trois cas pour lesquels nous avons pu pratiquer l'autopsie, nous avons trouvé :

Dans le 1^{er} cas une méningite purulente, avec suppuration maxima de la région contiguë aux fosses nasales. Or l'enfant avait présenté un coryza purulent abondant. D'autre part, la ponction lombaire avait donné un liquide parfaitement clair sans élément cellulaire. L'enfant avait présenté une fièvre à grandes oscillations, des phénomènes méningés intenses et des stigmates d'heredosyphilis : coryza, grosse rate, nez en lorgnette, front olympien.

Dans le 2^e cas, l'enfant avait présenté aussi des phénomènes méningés graves, elle était morte rapidement dans des convulsions. La lymphocytose était faible. On trouva un léger exsudat de la base, aucune granulation ou tubercule, pas trace de tuberculose dans aucun organe, une très grosse rate.

Dans le 3^e cas, chez un enfant ayant présenté des phénomènes méningés nets, très améliorés par le traitement spécifique, et mort un mois après de broncho-pneumonie, on ne trouva aucune lésion méningée macroscopique.

TRAITEMENT

Dans tous les cas où la syphilis semble être en cause, et même dans les cas douteux, il faut instituer rapidement un traitement spécifique, car on a toutes les chances de guérir ou d'améliorer les petits malades.

Ce traitement est celui de la syphilis héréditaire. Le mercure donne des résultats très favorables sous quelque forme qu'on l'emploie. M. le Professeur Weill l'administre en suppositoires : suppositoires d'onguent napolitain de gr. 03 à 0 gr. 05, suivant l'âge du sujet. Ce mode d'administration est précis et commode. Quoi qu'en aient dit certains auteurs, il n'offre aucun inconvénient. Nous n'avons jamais observé de rectite malgré l'emploi de suppositoires pendant des mois.

On continue le traitement jusqu'à ce que les symptômes aient complètement cédé, ce qui demande 15 à 20 jours environ, puis on le suspend pendant 10 jours, on recommence pendant 20 jours et on continue ainsi le traitement en l'interrompant 10 jours par mois.

Les formes moyennes s'améliorent et guérissent rapidement de cette façon. Certaines formes aiguës ayant l'apparence de véritables scepticémies se sont terminées fatalement.

Faisons remarquer en terminant que les cas de méningites tuberculeuses guéries, signalés dans la littérature médicale, nous semblent devoir être considérés comme

des cas de méningites syphilitiques méconnues ayant guéri spontanément, comme cela peut s'observer.

OBSERVATION I

R... MAURICE, 3 mois, entré le 11 mars 1918.

Aucun antécédent héréditaire.

Nourri au sein. Pas de maladie antérieure.

Début de l'affection le 9 mars 1918, au matin, deux jours avant l'entrée, par une éruption de taches roses sur les jambes et le cuir chevelu, rappelant une éruption rubéolique. L'après-midi, à 2 heures, l'enfant pâlit brusquement, les yeux se révulsent. Au bout de 5 minutes, ces phénomènes se calment, mais pendant toute l'après-midi ces crises se sont succédé de quart d'heure en quart d'heure.

12 mars. — Dans la matinée, l'enfant a présenté trois crises semblables. Il reste couché sur le côté, la tête légèrement rejetée en arrière, les jambes fléchies, kernig. raideur de la nuque, exagération des reflexes rotuliens. Tension de la fontanelle antérieure.

Il refuse le sein, crie fréquemment.

Son aspect est celui d'un enfant de 3 mois un peu chétif. On ne remarque aucune déformation, l'abdomen est souple, grosse rate. Pas de vomissements, selles grumeuleuses.

Température à l'entrée 38°, le soir 39°.

Ponction lombaire. — Liquide clair, jaillit sous forte pression.

Réaction leucocytaire nette mais relativement peu intense :

Polynucléaires. 6 %

Lymphocytes. 94 %

Traitement. — 14 mars. — Suppositoires avec onguent napolitain, 0 gr. 04.

19 mars. — L'enfant n'a plus repris de crises. Il ne crie plus. La température a baissé et se maintient à 37,5.

La raideur de la nuque persiste.

25 mars. — Le traitement a été continué sans interruption. L'enfant va tout à fait bien, pas de fièvre, la raideur de la nuque a disparu ; il prend bien le sein.

On supprime le traitement.

29 mars. — Les crises convulsives ont reparu très fréquentes. On recommence le traitement.

8 avril. — Les crises ont cessé. L'enfant ne présentant plus rien d'anormal est remmené par sa mère. Celle-ci nous le ramène tous les 15 jours à la consultation et nous avons pu constater que la guérison a été durable. Le traitement a été poursuivi ainsi que nous l'avons indiqué.

Près d'un an après, en février 1919, il a été revu par l'Infirmière visiteuse. Il n'avait plus présenté de crises, l'état général était bon. Le *Wassermann* avait été très positif. C'est le seul cas.

OBSERVATION II

F... LUCIE, 1 an 1/2 Entrée le 23 octobre 1918. Pas d'antécédents héréditaires.

Nourrie au sein jusqu'au 15 octobre. A toujours été bien portante. Au moment du sevrage a pris froid, tousse un peu.

23 octobre. -- A l'entrée, l'enfant ne présente pas d'oppression. Aucun signe sthétoscopique. C'est un joli bébé, sans malformation. Le foie et la rate sont gros.

Le lendemain, la température atteint 39,2, la toux a augmenté, sans oppression notable. On trouve quelques râles de bronchite disséminés. Mais on remarque que depuis l'entrée l'enfant crie beaucoup, surtout quand on la touche. Les membres inférieurs présentent une hyperesthésie très nette. Pas de raideur, pas de kernig, pas de raie abdominale, pas de vomissements.

Après 4 jours de fièvre, la température tombe brusquement et oscille autour de 37°. Les râles ont presque disparu, ils ne subsistent qu'à la base droite.

Cuti-réaction positive au bout de 24 heures.

1^{er} novembre. -- L'enfant ne tousse plus, n'a plus de fièvre, malgré cela les cris persistent, elle refuse de s'alimenter ; un peu de raideur de la nuque apparaît. La fontanelle est tendue. On pratique une *ponction lombaire*. Le liquide clair jaillit sous très forte pression.

Réaction lymphocytaire faible.

Albuminose normale.

Devant le peu d'importance des symptômes, on attend.

5 novembre. — Etat est resté stationnaire. On prescrit alors des suppositoires à l'onguent napolitain, 0 gr. 04.

8 novembre. — Au bout de 3 jours, la raideur et l'hypéresthésie ont diminué, l'enfant se remet à s'alimenter.

23 novembre. — Au bout de 15 jours, aucun symptôme ne persiste, plus de raideur, plus de cris, l'enfant s'amuse, dort bien, a pris 270 gr. depuis le début du traitement.

Le *Wassermann* n'a pas été fait.

OBSERVATION III

M... CYRILLE, 5 mois, entré le 31 octobre 1918.

Père atteint de tuberculose pulmonaire ; mère de cardiopathie. A eu 6 enfants morts de 1 mois à 5 ans de méningite.

Accouchement prématuré à 8 mois.

Enfant a toujours été chétif, prenant peu de poids.

Il y a 8 jours, s'est mis à tousser, c'est pour cela que la mère l'amène à l'hôpital.

1^{er} novembre. — A l'entrée, l'enfant est petit et maigre. Poids : 4.070 gr. Très grosse tête qui semble lourde et qui retombe en arrière lorsqu'on assied le bébé, raideur de la nuque, un peu de kernig, réaction abdominale tardive, en fleuve. Foie très gros, la rate déborde, la fontanelle est tendue.

Pas de vomissements, pas de constipation. Aucun signe pulmonaire, pas de fièvre. Ce qui attire surtout l'attention c'est que l'enfant crie continuellement.

Ponction lombaire. — Liquide clair jaillit sous pression moyenne, lymphocytose moyenne, pas d'hypéralbuminose.

Traitement : suppositoires avec onguent napolitain, 0 gr. 05.

4 novembre. — Etat stationnaire. Crie constamment.

11 novembre. — Depuis deux jours, les cris ont notablement diminué, ainsi que la raideur, mais l'enfant maigrit.

4 décembre. — L'amélioration s'accuse. Plus de raideur ; ne crie plus du tout depuis le 20 novembre, redresse bien la tête, a pris du poids.

On refait une *ponction lombaire*.

La pression est sensiblement la même, mais la réaction lymphocytaire a considérablement diminué.

19 décembre. — Oélite suppurée droite.

28 décembre. — Oélite suppurée gauche.

Au bout de quelques jours, l'écoulement des oreilles ayant cessé, la mère remmène l'enfant qui n'a plus présenté de signes méningés.

L'enfant a été revu en février 1919 et en décembre 1919, plus d'un an après le séjour à l'hôpital, par l'Infirmière visiteuse. L'enfant allait bien, avait pris du poids. Il avait présenté à deux reprises quelques convulsions, qui avaient rapidement cessé sous l'influence du traitement mercuriel continué à domicile.

Le Wassermann avait été négatif.

OBSERVATION IV

B... GEORGES, 2 mois, entré le 15 juin 1918.

Pas d'antécédents héréditaires.

Né à 8 mois 1/2. Poids à la naissance : 2 kil. 500. A l'entrée : 3 kil. 540.

Depuis 5 jours, prend des crises convulsives qui durent 1 ou 2 minutes. Il étend les jambes, raidit les bras et ferme les poings. Ces crises ont été subintrantes le 11 juin, ont cessé le 12 et ont repris d'heure en heure le 13.

A l'entrée, pas de raideur de la nuque, raideur des jambes, les yeux plafonnent par moment, strabisme passager. Pas de raie abdominale, pas de vomissements, pas d'irrégularités respiratoires, pas d'hypéresthésie. Abdomen souple, grosse rate, pas de fièvre.

17 juin. — Sans élévation de température, le petit malade a commencé à prendre des crises convulsives à une heure du matin, qui n'ont pas cessé à l'heure de la visite. Les yeux sont fermés, les paupières clignent, la bouche est déviée à gauche et en bas, salivation abondante ; les poings sont fermés, les bras fléchis, petits soubresauts dans les jambes, pas de raideur de la nuque, fontanelle tendue, raie abdominale à peine marquée, irrégularités respiratoires.

Ponction lombaire. — Liquide clair, pression irrégulière. Pas de réaction leucocytaire.

23 juillet. — Depuis le 17 juin, l'état est resté le même, l'enfant a pris des crises tous les jours à intervalles plus

ou moins longs. Il a eu des périodes de diarrhée avec température atteignant parfois 40°. Il a perdu du poids.

Actuellement, on constate de plus du kernig et de la raideur de la nuque.

30 juillet. — La diarrhée a cessé après deux jours de diète, mais les signes méningés persistant, on met l'enfant au traitement mercuriel : suppositoires avec onguent napolitain, 0 gr. 05.

9 août. — Les crises ont complètement disparu, la raideur de la nuque a diminué, l'enfant a pris dans cette dernière semaine 270 gr.

Il sort de l'hôpital.

15 septembre. — On ramène l'enfant qui tousse depuis 15 jours. Il n'a pas repris de crises convulsives depuis sa sortie de l'hôpital. On ne constate plus aucun signe méningé, mais il a maigri, l'abdomen est pâteux, la toux fréquente, pas d'oppression, pas de fièvre.

Râles muqueux aux deux bases.

17 septembre. — Hier soir, ascension brusque de la température à 40°, pas d'oppression. Dans la nuit, crise convulsive ayant duré une heure et s'étant terminée par la mort.

Autopsie. — Congestion simple des poumons, pas de lésions méningées. Congestion de la substance nerveuse cérébrale.

Pas trace de tuberculose dans aucun organe.

OBSERVATION V

S... PAUL, 1 an 1/2, entré le 17 décembre 1918.

Pas d'antécédents héréditaires.

Coqueluche à 6 mois, s'est toujours bien porté depuis.

Est amené pour diarrhée et convulsions datant de 8 jours.

1^{er} novembre. — L'abdomen est souple, l'enfant est abattu, ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire. A eu plusieurs crises convulsives depuis l'entrée, pas d'autres signes méningés si ce n'est de l'hypertension de la fontanelle.

Ponction lombaire. — Liquide clair jaillit sans forte pression. Lymphocytose nette, mais peu abondante.

21 décembre. — A eu quelques selles liquides. Depuis deux jours crie fréquemment, cri aigu, strident, bref. Pas de kernig, pas de raideur, n'a plus eu de convulsions. La température oscille entre 36,5 et 38,5.

6 janvier 1919. — L'état est resté stationnaire, du coryza muco-purulent abondant est apparu.

On pratique une nouvelle *ponction lombaire*. Le liquide présente une lymphocytose plus abondante.

On institue alors le traitement mercuriel : suppositoires avec onguent napolitain 0 gr. 05. La cuti-réaction a été négative. Le Wassermann aussi.

25 janvier. — L'enfant ne crie plus, commence à s'amuser, la température se régularise, le coryza est guéri.

Ponction lombaire. Le liquide s'écoule goutte à goutte.
Pas de réaction lymphocytaire.

2 février. — L'enfant sort guéri.

OBSERVATION VI

B... HIPPOLYTE, 1 mois. Entré le 23 janvier 1919.

Antécédents héréditaires : la mère a eu 6 grossesses à terme, 3 enfants sont morts en bas âge.

L'enfant est amené pour des vomissements, du strabisme, de la raideur ayant débuté il y a 3 jours.

L'enfant a vomi une fois dans la nuit, il ne crie pas, ne présente plus de strabisme mais de la raideur de la nuque et des membres. Pas d'hypéresthésie. Raie abdominale en fleuve. Pas de fièvre.

On ne sent ni le foie ni la rate.

Ponction lombaire. — Liquide clair jaillit sans très forte pression. Forte réaction lymphocytaire.

Traitement : suppositoires à l'onguent napolitain 0 gr. 03.

8 février. — L'enfant est moins raide, ne vomit presque plus.

9 février. — *Ponction lombaire.* — Pression moyenne. Aucune réaction leucocytaire.

Sort guéri.

OBSERVATION VII

G... GABRIEL, 1 mois. Entré le 25 janvier 1919.

Pas d'antécédents héréditaires.

Est amené parce qu'il crie continuellement depuis 5 ou 6 jours, aussi bien le jour que la nuit, quand on le porte et quand il est dans son lit.

Le cri est aigu, presque sans arrêt.

Pas de vomissements, pas de constipation.

Râle abdominale en fleuve.

Raideur de la nuque et des jambes.

Très grosse rate, gros foie. La racine du nez est écrasée, le front olympien.

Température : 37° le matin, 39° le soir.

Ponction lombaire. — Liquide clair jaillit sous forte pression. Lymphocytose abondante.

Traitement : suppositoires à l'onguent napolitain 0 gr. 05.

29 janvier. — Aujourd'hui est apparue une rougeur diffuse sur la partie antérieure du tronc et des membres inférieurs.

3 février. — Les cris ont diminué le jour et ont complètement cessé la nuit.

La température est redevenue normale.

5 février. — L'enfant ne crie plus du tout, il a pris du poids.

12 février. — Sort guéri. On fait continuer le traitement.

OBSERVATION VIII

Q... ANDRÉE, 8 mois. Entrée le 31 janvier 1919.

Pas d'antécédents héréditaires.

Poids à la naissance : 2 kil. 375.

N'a jamais été bien portante, à 8 mois pèse 5 kil. 650.

Depuis deux mois présente des vomissements presque après chaque tétée et de la constipation : elle pousse des cris continuels.

À l'entrée, l'enfant tient la tête rejetée en arrière : la nuque est raide, pas de kernig. Raie abdominale en fleuve. On ne sent pas la rate, le foie déborde de un travers de doigt le rebord costal, pas de fièvre.

Ponction lombaire. — Liquide clair, pression moyenne, pas de réaction leucocytaire.

1^{er} février. — Cuti-réaction négative. L'enfant a vomi plusieurs fois, les cris sont continuels. On ordonne des suppositoires à l'onguent napolitain 0 gr. 04.

7 février. — Les cris ont considérablement diminué.

25 février. — L'enfant va très bien, ne crie plus du tout, n'a plus eu de vomissements, ne présente plus de raideur.

Sort guérie.

OBSERVATION IX

S... RENÉE, 6 mois. Entrée le 23 août 1918.

Parents bien portants.

Deux enfants; dont un jumeau de la petite malade, mort en bas âge.

N'a jamais été bien portante.

Depuis trois mois, crie beaucoup, dort peu, est agitée de mouvements convulsifs fréquents.

A l'entrée, présente de la raideur de la nuque ; aucun autre signe méningé.

Ponction lombaire. — Liquide clair, très hypertendu. On n'a pu pratiquer l'examen cytologique.

Traitement : suppositoires avec onguent napolitain 0 gr. 05.

30 août. — Au bout de 7 jours, tous les symptômes ont disparu, l'enfant sort guérie.

II^e séjour. — 30 novembre. — Depuis sa sortie, la mère a cessé le traitement ; elle ramène l'enfant pour une forte constipation, et à cause des cris qui ont repris.

On renouvelle le traitement quoiqu'elle ne présente aucun autre signe méningé.

11 décembre. — Les selles sont devenues régulières, l'enfant ne crie plus.

Elle quitte l'hôpital.

III^e séjour. — 28 décembre. — La mère a cessé le traitement depuis 15 jours : la raideur de la nuque, les cris, la constipation ont réapparu, l'enfant a maigri.

Ponction lombaire. — Liquide clair, hypertendu, pas de réaction lymphocytaire, pas d'hyperalbuminose.

Goryza muqueux datant de quelques jours.

Le traitement est repris.

2 mars. — L'enfant ne crie plus du tout, ne présente plus de raideur, ni aucun phénomène méningé.

OBSERVATION X

G... MARIE, 4 mois. Entrée le 20 décembre 1918.

Mère morte de la grippe il y a 8 jours.

Enfant avait été nourrie au sein.

Depuis 2 mois, refusait le sein à cause d'un coryza d'abord muqueux, puis sanglant.

A l'entrée : coryza muco-purulent abondant, racine du nez écrasée, front olympien, rate très grosse, érythème des fesses. La nuque est un peu raide, la tête est fortement rejetée en arrière.

Ponction lombaire. — Liquide clair jaillit sous très forte pression. Lymphocytose faible.

Traitement : suppositoires avec onguent napolitain 0 gr. 03.

3 janvier 1919. — L'enfant ne présente plus de raideur, le coryza a diminué. La température décrit de grandes oscillations, sans que l'enfant n'offre rien de particulier. Ce matin, crise convulsive qui dure cinq minutes.

On prescrit des suppositoires de 0 gr. 04.

6 janvier : — L'enfant a eu deux nouvelles crises. La température oscille toujours entre 36,3 et 40°.

7 janvier. — Les crises se sont répétées toute la journée. Décès dans la nuit.

Autopsie. — Plaques de pus, adhérentes, épaisses, sans bacilles de Koch, ni méningocoques, au niveau de la région frontale et sur la convexité. Pas de dilatation des ventricules.

Congestion diffuse de la substance grise, piqueté hémorragique dans la substance blanche. Pas de pus dans les oreilles.

Moelle. Congestion pie-mérienne. Pas de pus dans le canal rachidien.

Foie et rate gros.

Rien aux autres organes : pas trace de tuberculose.

OBSERVATION XI

D... ADRIENNE, 6 mois. Entrée le 8 novembre 1918.

Parents bien portants.

Un enfant mort à 11 mois de méningite.

La petite malade a été nourrie au biberon. S'est très bien portée pendant ses trois premiers mois. Depuis 3 mois est devenue irrégulière dans son appétit, a quelquefois de la fièvre.

Depuis six jours, crie fréquemment, se raidit, refuse de boire ; a eu hier quelques vomissements ; de plus, les cris n'ont pas cessé depuis 3 heures du matin.

A l'entrée, l'enfant présente de la raideur généralisée, les yeux plaquent, la bouche est déviée à droite, les membres sont agités de tremblement, le cri est continu.

Réaction abdominale en lac, tardive. On ne sent ni le foie, ni la rate, mais l'abdomen est tendu, ce qui rend la palpation impossible.

Ponction lombaire. — Liquide clair, très hypertendu, lymphocytose nette.

Traitement : Suppositoires avec onguent napolitain
0 gr. 05.

14 novembre. — La température s'est élevée, 38° ce
matin. L'enfant est très calme, crie beaucoup moins.
Persistance de la raideur des membres et de la nuque.

18 novembre. — Décès dans une crise convulsive avec
une élévation thermique à 40,4.

Autopsie. — Léger exsudat de la base. Aucune trace
de tuberculose. Grosse rate.

CONCLUSIONS

- 1° La méningite aiguë des nourrissons est relativement fréquente chez les heredo-syphilitiques ;
- 2° Elle apparaît en général la première année, quelquefois dans les trois premiers mois ;
- 3° Elle a les allures de la méningite tuberculeuse et le diagnostic avec celle-ci est souvent difficile ;
- 4° Le diagnostic se base surtout sur la notion des antécédents du petit malade et sur les stigmates d'heredo-syphilis qui l'accompagnent ;
- 5° La réaction de Wassermann, dans les conditions où nous avons pu l'employer, ne nous a pas donné de résultats ;
- 6° Le traitement spécifique agit rapidement et favorablement ;
- 7° En cas de doute sur la nature d'une méningite il est bon d'instituer ce traitement dans tous les états méningés dont la nature n'est pas clairement établie.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
WEILL.

Vu :

LE DOYEN,
HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 17 janvier 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

BLACHEZ et LUYs. — *Gazette hebdomadaire*, mars 1861.

BOIRIVANT ANNA. — *Méningites chez les nouveau-nés*.

Thèse Paris, 1908.

CHARRIER. — *Gazette des hôpitaux*, 1854.

DREYFOUS. — *Revue des maladies de l'enfance*, 1883.

DROUET HENRY. — *Méningites aiguës syphilitiques*.

Thèse Paris 1904.

FERRAND. — Thèse, Paris, 1908.

FOURNIER. — *Syphilis héréditaire. Syphilis et mariage*.

GAUCHER, COMBY, MARFAN. — *Maladies de l'enfance*.

GUBLER. — Thèse, Paris, 1847.

HUTINEL. — *Presse médicale*, 2 avril 1918.

MOIGNET ANDRE. — *Méningites aiguës syphilitiques*.

Thèse, Paris, 1909.

MOLIERE DANIEL. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*.

RAVAUT et TOBLER. — *Annales de dermatologie et syphiligraphie*.

STOEBER. — *Accidents méningés dans la syphilis héréditaire chez les enfants*. Thèse, Paris, 1891.

TREMAU DE ROCHEBRUNE. — Thèse, Paris, 1874.

WEILL. — *Précis des maladies infantiles*.
